

麻塞諸塞州精神健康部
資訊雙向釋放授權書

姓名： 別名：
地址： 電話：
社會安全號碼： 出生日期：

本人授權精神健康部（DMH）可依照本授權書所示，向下列指定的人士、部門或機構，以口頭或書面方式釋放或收取資訊。

名稱： 聯絡人： 電話：
街名： 市/鎮： 州名： 郵遞區號：

DMH 聯絡人資訊

姓名： 電話：
地址：

填表人必須提供所要求資訊的最新詳細資料。請注意：心理治療記錄的釋放要求不得與任何其他類型的要​​求合併。請明確指定要釋放的資訊，例如：全部記錄、入院文件、出院摘要、轉院摘要、評估、鑑定及測試、諮詢內容（包括諮詢顧問姓名）、治療方案、ISP 和 PSTP、體檢和實驗室報告、進展記錄：

授權書目的

- 資訊的主題對象或其個人代表發起授權書（無需特定目的）
- 協調照護 便利賬單發出
- 轉診介紹 獲得保險、金錢或其他福利
- 其它目的（請詳細說明）

本授權書的複本與正本具有同等效力。

麻塞諸塞州精神健康部
資訊雙向釋放授權書（續）

收取或釋放資訊的非 DMH 人士、機構或部門名稱：_____

本人明白，本人有權隨時撤銷本授權書。若本人欲撤銷此授權書，必須書面通知 DMH（麻州精神健康部），並將通知遞到第一頁所示的 DMH 地址。本人明白，該撤銷不適用於已按本授權書釋放的資訊。本人明白，當法律提供權利予本人的保險人使其能根據本人的保單對索賠提出抗辯時，該授權的撤銷將不適用於本人的保險公司。本授權書將於_____時失效（具體寫明日期、期限或某一事件），若未具體寫明，本授權書將於本人不再獲得 DMH 的服務時失效。本人明白，上述資訊一旦披露給非 DMH 人士、機構或部門，收取資訊者可將該資訊再行披露，並且該資訊可能不受聯邦或州的隱私權法律或法規保護。本人明白，授權使用或披露上述所指明資訊係出於自願。本人無需為接受 DMH 及（或）其他指定人士、機構或部門的治療或服務而簽署本表格。但 DMH 及（或）其他指定人士、機構或部門若缺乏共用或獲得資訊的能力，可能因而不能提供適當和必要的照顧。

您的簽名或個人代表的簽名

日期

正楷書寫簽名者姓名

若由個人代表簽署，需提供下列資訊

授權者類型（例如法院指定人、有監護權的父母）

特別授權的資訊釋放（請於所有適用事項，簽寫姓名的第一個字母）

____本人特別授權釋放本人病歷，釋放的病歷範圍可涉及聯邦法規 42CFR 第 2 部份所保護的酗酒或吸毒治療。

____本人特別授權釋放本人病歷，釋放的病歷範圍可涉及 MGL c.111§70F 所保護的 HIV 抗體及抗原測試、HIV/AIDS 診斷或治療。

您的簽名或個人代表的簽名

日期

說明：

1. 本表必須全部填寫方才有效。
2. 副本分發：原本交給 DMH 存檔；副本交給個人或個人代表以及提出資訊釋放要求的人士、機構或部門。